



**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE VIH/SIDA
DISCLOSURE OF CONFIDENTIAL HIV/AIDS INFORMATION**

SECCIÓN I

Yo, _____, he recibido la siguiente información concerniente a _____ .
NOMBRE DEL PROVVISOR DE CUIDADO NOMBRE DEL NIÑO

I, _____, have received the following information concerning _____ .
CARE PROVIDER'S NAME CHILD'S NAME

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> diagnóstico de VIH/SIDA
HIV/AIDS diagnosis | <input type="checkbox"/> síntomas de SIDA
AIDS symptoms |
| <input type="checkbox"/> Nombres/números de teléfonos de proveedores de tratamiento (Ver Sección II)
Names/telephone numbers of treatment providers (See Section II) | |
| <input type="checkbox"/> expuesto/a a VIH/SIDA
HIV/AIDS exposure | <input type="checkbox"/> Actividades/comentarios (Ver Sección III)
Activities/comments (See Section III) |

SECCIÓN II

PROVISOR PRINCIPAL DE SERVICIO MÉDICO PRIMARY MEDICAL PROVIDER	SALUD PÚBLICA/ADMINISTRADOR DEL CASO DE SIDA PUBLIC HEALTH/AIDS CASE MANAGER	OTRO OTHER
NOMBRE NAME	NOMBRE NAME	NOMBRE NAME
DIRECCIÓN ADDRESS	DIRECCIÓN ADDRESS	DIRECCIÓN ADDRESS
NÚMERO DE TELÉFONO TELEPHONE NUMBER	NÚMERO DE TELÉFONO TELEPHONE NUMBER	NÚMERO DE TELÉFONO TELEPHONE NUMBER

SECCIÓN III: ACTIVIDADES/COMENTARIOS

SECCIÓN IV

Se le ha cedido esta información contenida en fichas cuya confidencialidad es protegida por la ley. La ley estatal le prohíbe divulgar dicha información sin el específico consentimiento escrito de la persona a quien dicha información se refiere, o de otro modo de acuerdo lo permita la ley. Una autorización generalizada para ceder información médica o de otro tipo, no es suficiente para este propósito.

He leído y entiendo la declaración anterior.

This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State law prohibits you from making any further disclosure of it without the specific written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by state law. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose.

I have read and understand the above statement.

FIRMA DEL PROVVISOR DE CUIDADO CARE PROVIDER'S SIGNATURE	RELACIÓN/PARENTESCO CON EL NIÑO RELATIONSHIP TO CHILD	FIRMA DEL FUNCIONARIO DE SERVICIO SOCIAL SOCIAL WORKER'S SIGNATURE	FECHA DATE
---	--	---	---------------

- | | | |
|--|--|--|
| Autoridad para ceder esta información: | <input type="checkbox"/> RCW 70.24.105 | <input type="checkbox"/> Permiso de padres/guardián en la ficha
Parent/guardian permission on file |
| Authority to disclose this information: | <input type="checkbox"/> Orden judicial
Court order | <input type="checkbox"/> Permiso del niño (14 o mayor) en la ficha
Child (14 or older) permission on file |